
.Net
La Faculté
Seek Knowledge







Les AJI

AJI grpe de mdies { Arthrite
< 16 ans
pdt > 6 sem (chronique) ⇒ Dc d'éliminat°
∅ cause identifiée

- ♀++ , âge M̄ = 6 ans.

- **Etiopathogénie mal connue :**
∃ synovite = mdie infl° = dysrégulat° immunité (IL_6 +++)
Facteurs favorisants ⇉ causes infectieuses.
causes génétiques (HLA B_{27}, DR_1, DR_4, ...)

- **Anapat :**
⇒ au n° articulat° : lésion initiale = synovite : infl° puis fibrose.
↓
destruct° articulaire

⇒ au n° os : ostéoporose +/- apposit° périostée
à long terme érosion.

+ ténosynovite, tendinite, kystes synoviaux, lymphœdème.
↓
Trbles de croissance : ↑ ou ↓

- **Classificat° de AJI :**

① Forme systémique = mdie de Still
② " oligoarticulaire (< 4 art°) A) Persistante (> 6 mois) / B) Extensive = étendue → > 4 art°
③ " polyarticulaire + FR ⊕
④ " " + FR ⊖
⑤ Enthésite + arthrite
⑥ arthrite psoriasique.
⑦ inclassables.

Etude Clinique :

- **Mdie de Still** < 1 an ⇒ ♀+++ , > 1 an ⇒ ♀ = ♂.

Signes inflammatoires intenses et extensifs
↳ Signes extra art° :

- F°+++ - 1 pic / J +/- apyrexie
- rebelle aux antipyrétiques
- > 15 J , AEG

- érupt° cut+++ : polymorphe.
- Erythème localisé + fugace / urticaire
au n° mbres + Tronc.

Scanned by CamScanner

• Atteinte lymphoïde :
- SPMG modérée
- ADP

• Atteinte des séreuses :
- Péricardite (± constrict°) ; myocardite.
- Plèvre, péritoine
- HPMG rare.

↳ Signes articulaires : atteinte fixe desart°.

- Début : arthralgies (petit E : refus de marcher ou de se tenir debout)
- atteintes articulaires : • symétriques → nodules (épaississ' parties molles)
  • poignets → genou → cheville → coudes → petites art° des doigts → rachis cervical.
  • 1/4 cas polyarticulaire.

⚠ Dc de forme systémique :
arthrite + F° > 2sem + ≥ 1signe : - érythème fugace
- SPMG / HPMG / ADP / épanch' séreux

• Forme oligoarticulaire : ≤4 art° + ≥6mois, ♀ +++
→ Risque oculaire +++ iridocyclite chronique.
- Boiterie (DL rare / gonflem' art°)
- asymétrique
- grosses art° : genoux +++ → chevilles → coudes → poignets.
- 1/2 cas ⇒ monoarticulaire.
+ signes extra-art° : atteinte oculaire ⇒ examen ophtalmo systématique
rougeur + photophobie + ↓ acuité visuelle

⚠ FDR d'extension : - atteinte chevilles, coudes, mains
- forme symétrique.
- VS ↑↑, FAN ↑↑.

• Forme poly-articulaire : ≥5 art° + ≥6mois

FR ⊖ :
- pauci art° au début
- petites art° mains +++
- Évolut° lente + peu de destruct° os
- ∅ nodules cut ni vascularite
- uvéite rare.

FR ⊕ : ↳ 3 examens ⊕ à 1mois d'intervalle
↳ Latex > 1/40, Waler rose > 1/32
- ♀ ++++
- polyarthrite symétrique art° distales des mbres.
- Déformat° et fusions osseuses précoces.
- nodules indolores au n° crête tibiale ant
- vascularite (peau + pourtour des ongles)
- +/- IAO

• Enthésite + arthrite (ERA) ; grd ♂ + Ado · HLA B27
arthrite périphérique + DL au p' insert° tendon (tendon d'Achille, calcanéum, //vertébrale)
↓
- polyarthrite MI
- raideur du rachis, sacro-iléite → SPA

+ signes extra art° +++ : IAO, fébricule, iridocyclite A, anémie, thrombocytose, VS↑

⚠ Dc ⊕ ERA ; arthrite +/- enthésite + 2cr : - sacro-iléite / DL lombo-sacrée
- HLAB27
- arthrite ♂ >6ans.

- Arthrite psoriasique : 6-7ans
  - genou, cheville, petite art° main, pied + Psoriasis (avt/après/avec) arthrite
  - asymétrique
  - uvéite, anémie, ...

⚠ Dc⊕ : Arthrite + Psoriasis (cri maj)
- rash psoriasiforme, dactylite, onycholyse (ongles pointés), ATCDs F (cri min)

Dc⊕ : 2 cri majeurs, Proba : arthrite + 2 cri min

Ex. Compl :

Biologie : nn spécifique.

- bilan infl° : ⊕
  - hyperleucocyt, hyper PQ, anémie infl° (microcytaire hypochrome)
  - VS ↑ (3 chiffres)
  - CRP⊕, Fg ↑
  - EPPS → ↑ γglobuline
- SAM : thrombopénie, leucopénie, ↓Fg, hypoNa, hypoprot.
  ↑TG, ↑transam, ↑ferritine
  le myélogramme → ∃ hémophagocytose.
- bilan immuno : FAN (mdie Still ⊕, autres formes si ⊕ = risque d'uvéite = mauvais Pc)
  FR
  anti CCP ⊕ ds forme polyarticulaire séro⊕.

imagerie :
- Rx standard : des art° symptomatiques + art° ciblés.
- Rx poignet + main gche pour évaluer croissance (âge osseux)

Classificat° radiologique de Steinbrocker :
- Stade I : ostéoporose (apposit° périostée)
- " II : pincemt de l'interligne articulaire
- " III : érosions osseuses = géodes
- " IV : ankylose

- Echo art → rechercher épancht ou épaississemt synovial.

+/- IRM

Dc ≠ :

Formes mono-art :
- arthrite septique
- RAA
- Leucémie
- neuroblastome
- hémophilie (hémarthrose)
- mdies infl°, sarcoïdose
- TR osseuse

Formes poly-art :
- RAA.
- mdie Lyme
- arthrite R°
- sarcoïdose
- mdie de syst (lupus)

Formes systémiques
- infectieuse.
- Leucémie
- mdie Castelman
- F° méditerranéenne familiale.
- Kawasaki

TRT : buts → lutter contre DL
→ ↓ inflᵒ
→ limiter dégradatᵒ de artᵒ
→ Pc fl + qualité de vie

- AINS : Aspirine : 70 - 100 mg/kg/j + contrôle de salicylémie (150 - 250 mg/l)
  Diclofenac : 2 - 3 mg/kg/j   2 mois
- CTC : Prednisone 1 - 2 mg/kg/j per os   si { échec AINS - péricardite - mdie Still (cpl grave) → excès d'épanchᵗ
  max 60 mg/j
- TRT local : injectᵒ intra art de CTC
  en m̄ hospitalier, s/ AG
  max 2 - 3 infiltratᵒ / an ds m̄ artᵒ
- Les antalgiques
- Methotrexate : 0,5 mg/kg/sem per os / s/cut.
  TRT de fond
  + acide folique 5 mg/sem 24 - 48 h après prise de MTX
  pdt min 6 mois
- Biothérapie : TRT de fond 2ᵉ intentᵒ
  après échec au MTX.
- Rééducatᵒ +++
- Chir : prophylactique ou reconstructive.
- PEC psychologique.

Surveillance :
- examen clinique complet ; ostéo-articulaire +++, courbes de croiss.
- classificatᵒ fˡˡᵉ de Steinbrocker (état physique de artᵒ).
- score de CHAQ
- imagerie : Rx + écho
- suivi ophtalmologique +++ ds forme mono - oligo - artᵒ.
- BU +++ : protéinurie ? ⇒ amylose rénale ds mdie de Still

Les infect° urinaires

- IU = ECBU : ∃ bactériurie significative +/- leucocyturie
- fréq : < 3 mois → Prédominance ♂
  3-6 mois → sex-ratio = 1
  > 1an → Prédominance ♀
- grave : survient sur un rein en pleine croissance
  lésion → cicatrice = lésion séquellaire à long terme HTA / IR
  = Réduct° néphronique.
- souvent : IU révèle une malformat° app. urinaire.

Physiopath :

:. À l'état nle = ∅ IU : - ∅ malf° structurelle
- Fonct° rénale nle
- osmolarité urinaire > 600 mos/l } ∅ multiplicat° germes
- PH urinaire acide < 6.

:. IU = rupture de l'équilibre entre mécanismes de défence et virulence des B :
↳ anlie anatomique : uropathies obstructives :
obstruct° = stagnat° des urines = pullulat° microbienne.
↳ anlie f^lle : RVU, vessie neurologique :
dysfonctionnemt de l'écoulemt des urines = résidu post mictionnel
↳ virulence des germes : E.coli = hémolysine → infl° + oedème
↓
ralentisst du flux urinaire
multiplicat° des germes.

:. 2 mécanismes IU : → par voie ascendante+++ : source : flore fécale : colonisat° urétrale + multiplicat° germes
urétrite → cystite → pyélonéphrite.
↓ par voie hématogène : rare ⇒ NNé, petit (N)

:. germes responsables : germes saprophytes du tube digestif : BGN :
E.coli+++, Proteus, Klebsiella

Clinique :

- N.NÉ : F°, hypoT°, difficultés alimentaires, mauvaise prise pondérale, vmsst, diarrhée,
- Ⓝ : F° sans foyer +/- vomisst, diarrhée + signes urinaires : faiblesse du jet, pleurs lors …
- Ⓔ : F° (variable avec localisatᵒ) + signes cystite : dysurie, pollakiurie + DL abd / lomb…

à l'examen : - retentisst staturo-pondéral
- masse abd, globe vésical, signes HTA, DSA
- contexte malformatif

Examens compl :

- ECBU +++ : difficile de pratiquer chez Ⓔ
  - → plz méthodes de Prlvt :
    - → ponctᵒ sus pubienne (la plus fiable) mais invasif
    - cathétérisme urétral
    - Prlvt en m̄ du jet >4ans
    - Prlvt par la poche adhésive <2ans (max 30')
  - urines recueillies ds récipient stérile conservées < 2h à T° ambiante, < 20 h à +4°c.
  - → examen direct : IU ⊕ si
    - Bactériurie > 10^4/ml ou une seule colonie … pontᵒ vessie
    - leucocyturie > 10/mm³ ou 10^3/ml
  - → culture : préciser germe + quantifier bactériurie + ATBgramme.

Démarche Dc :

① suspicion IU suite aux signes cliniques

② BU : multistix : recherche de nitrite et leucocytes

⚠ BU à l'état nle = nitrate
IU = nitrite : oxydatᵒ nitrate par BGN.

- → Nitrite ⊕ leucocytes ⊕ → IU +++ } faire ECBU +++
- → Nitrite ⊕ leucocytes ⊖ → IU }
- → Nitrite ⊖ leucocytes ⊕ → +/- IU → +/-
- → Nitrite ⊖ leucocytes ⊖ → ∅ IU → Ne pas faire

⚠ intérêt BU surtt ds sa négativité = écarter une IU

③ ECBU : ⊕ si
- Bactériurie > 10^5/ml
- leucocyturie > 10^3/ml ou > 20/mm³

Formes cliniques

↳ Pyélonéphrite Â : - F° > 38,5°c
- frisson, DL lombaire, Pollakiurie + dysurie
- Σd infl° biologique : CRP > 10 mg/l
VS > 30 mm 1eh
hyperleucocytose à PNN.

↳ Cystite : - F° < 38°c
- Pollakiurie, brûlures mictionnelles, pertes urinaires diurnes
- DL sus pubienne.
- ∅ Σd infl°

↳ bactériurie asymptomatique : > 10^5/ml mais ∅ sympt de arbre urinaire.

Dc étiologique : but = rechercher malf° rénale s/jacente responsable de IU.

↳ écho rénale : visualise : - lésions Â de néphrite, pyélite, cystite
- dilatat° cavités pyélo-calicielles +++
- lithiase
- taille du rein, épaisseur du parenchyme, contours du rein

↳ CUM : ECBU ⊖ + asepsie rigoureuse
Rechercher : - RVU
- obstacle s/ vésical

↳ UIV : morphologie de l'arbre urinaire.

↳ Scinti : - détecte atteintes du parenchyme en phase Â.
TDM - recherche ∃ cicatrice rénale en phase chronique

Stratégie de l'explorat°:

↳ 1er épisode IU : = écho → nle → ∅ examens
(cystite, pyélonéphrite) → anle → CUM

↳ infect° récidivante : 2 pyélonéphrites / 1 pyélo + 1 cystite / 3 cystites
= écho + CUM

Etiologies :

↳ RVU : - la plus frqte Ⓔ < 5ans +++, caractère génétique
- Reflux des urines permanent / intermittant ds haut app. urinaire par défaillance de la jonct° urétéro-vésicale.
- uni/bilat
- Dc : CUM !!!

Classificat° internationale du RVU :

- Grade I : reflux au n° uretère seulemt.
- Grade II : reflux urétéro-pyélo-caliciel ∅ dilatat°.
- Grade III : dilatat° minime / modérée de l'uretère
  +/- " " " du bassinet + uretère tortueux
  +/- effacemt léger des calices.
- Grade IV : dilatat° modérée de l'uretère +/- bassinet et calices
- Grade V : énorme dilatat° déformat° de l'uretère + bassinet + calices.

- PEC : → ATB prophylactique : grade IV et V
  → chir : si infect° répétées + cicatrices rénales
  geste : insert° + réimplantat° (Cohen).

↳ anomalie de la fonct° pyélo-urétérale :

- obstacle au n° JPU = sténose intrinsèque → dilatat° pyélique + calicielle
- Dc anténatal = hydronéphrose
  ou post natal = IU
- Echo : dilatat° du pyélon, ↑ taille rein, amincisst parenchyme.

- PEC : → surveillance si f° rénale > 45 %
  → chir si perte f° rénale

↳ Méga uretère congénital :

- uretère élargi +/- dilatat° pyélo-calicielle sus-jacente.
  ↓
  obstructif ou nn, refluant ou nn.
- port° terminale de l'uretère rétrécie sur longueur variable
  + fibres musculaires hypertrophiées
- Echo : vessie pleine : uretère rétro vésical dilaté
  + retentisst sur rein.
- Mag 3 : analyse le degrés de l'obstruct° + évaluat° de la fonct° de chq rein.

- PEC : → ATB prophylaxie + surveillance (écho + Mag 3)
  → chir : si retentisst rénal ou IU répétées (Pyonéphrose)
  geste : remodelage de l'uretère distal + réimplantat°.

↳ Valves de l'urètre post : ♂++ = obstacle s/vésical.

- conség ⇒ hypertrophie détrusorienne + vessie spastique hyperactive peu compliante
  ↓
  hyper P°
  ↓
  RVU → IR
- Dc : anté / Post natal : IU, troubles mictionnels. TRT : résect° endoscopique des valves

↳ Duplicité urétérale : dédoublemt des VEX du rein +/- associat° à d'autres malf
dilatat° du pyélon
- Dc : anté / post natal : IU, trbles mictionnels, fuites entre mict°, abouchmt ectopiq de uretère
• PEC : chir



• Buts : → Stérilisat° rapides des voies urinaires + parenchyme pour eviter les séquelles
→ ATB à éliminat° rénale d'abord probabiliste puis adaptée à ATBgramme

- Cystite	- PNA grave
- TRT per os, ambulatoire	- Hospitalisat° + TRT IV 2J puis relais per os.
- pdt 5J	- 10 - 15J
- Cotrimoxazol (Bactrim®) si CI : Amox, Augmentin...	- 2ATB : C3G : Cefotaxime, Ceftriaxone + aminoside : gentamycine.

- PNA nn grave : idem mais durée 14J.

• Surveillance : . apyrexie après 24h TRT.
- ECBU : J_3 du TRT + 2J après TRT

Σd néphrotique

Le Σd néphrotique :
- Clinique : Σd œdémateux
- Biologie :
  - Protéinurie > 50 mg/kg/24 h ou 40 mg/m²/h.
  - hypoalbuminémie < 30 g/l
  - +/- hyperlipidémie, hypercholestérolémie.

Physiopathologie : SNI = mdie systémique focalisée au niv du rein.

- un facteur plasmatique circulant (Σé par les LT), mal identifié altère le cplxe podocytes - mb basale glomérulaire = altérat° f^lle sans altérat° organique (en ME : le glomérule : LGM)
- conséq : perte des charges ⊖ de la mb basale glomérulaire (à l'état nle, cette charge ⊖ empêche la fuite de l'albumine qui est égalem^t chargé ⊖)
  il en découle une protéinurie composée essentiellem^t d'albumine.
  (prot uniquem^t de petit PM)

Pour le Σd œdémateux : Protéinurie + hypoalbuminémie
↓
↓ P° oncotique < P° orthostatique
↓
œdèmes

+ activat° ADH → œdèmes

+ ↓ volémie → ↓ Débit de FG → ↓ ⊕° SRAA = rétent° H_2O-Na → œdèmes

Démarche Dc : Σd œdémateux → rechercher perte prot
↓
Bandelettes urinaires
↓
Protéinurie imp+++

- confirmer par : dosage protéinurie des 24 h.
- Bilan minimum :
  - protidémie + albuminémie
  - Hématurie, leucocyturie, dosage complém^t (Dc ≠ SNI)
  - EPPS : ↓ alb, ↑ α2, ↓ γ (aspect en chapeau mexicain)
  - iono : Natrémie : nle ou ↓ (hyponatrémie de dilut°)
    Kaliémie : nle ou ↑
    hyperaldostéronisme — Natriurie : ↓ (nle = 20 mg/J)
  - Bilan d'hémostase : hypercoagulabilité } dépistage des cplct°
  - Complém^t : ↓ = risque infect° } dépistage des cplct°

Cplct° : Protéinurie = perte de prot
- de la coagulat° → Thrombose
- transporteurs (TBG, CBP, lipoprot HDL)
- de l'infl° → susceptibilité aux infect° (Pneumocoque +++) (SNI en poussée = ⊖ immunodépr)

↓ œdèmes
- Hypovolémie (du fait de la constitut° rapide des œdèmes) collapsus
- désordre hydro-électrolytique (+ IR f^lle)
  Rétention hydrique + hypoNa

Scanned by CamScanner

Le syndrome néphrotique idiopathique : SNI = Néphrose lipoïdique.

- garçon : 1-5 ans.
- parfois déclenché par une maladie infectieuse
- représente plus de 90% des syndromes néphrotiques Ⓔ.
- SNI = Σ^d néphrotique pur : - Protéinurie > 50 mg/kg/24h
  - hypoalbuminémie < 30 g/l
  + ∅ HTA ni hématurie macroscopique

- Clinique : apparit° brutale d'oedèmes : blancs, mous, indolores, Godet ⊕, déclives (paupières matin, MI soir)
  ↓
  BU : prot > ++

- CAT : • chiffrer la prise de poids.
  • prise de TA.
  • ex. clinique à recherche cplct°

TRT : buts : → obtenir une rémission complète du Σ^d néphrotique + Prévenir rechutes
↳ Traiter les cplct° Â et les prévenir à long terme.

* Corticothérapie : Prednisone (Cortancyl *)
↳ TRT attaque : 2 mg/Kg/J ⇒ 1 mois.
↳ TRT entretien : 2 mg/Kg/J 1J/2 ⇒ 2 mois
1,5 mg/Kg/J 1J/2 ⇒ 15J.
1 mg/Kg/J 1J/2 ⇒ 15J.
0,5 mg/Kg/J 1J/2 ⇒ 15J.
} durée totale = 4 mois et 1/2.

+ TRT adjuvant +++ : - Restrict° sodée
- Ca^{++} / vit D
- supplémentat° K^+.
- pansem^t gastrique (IPP, Maalox)

* TRT symptomatique :
- régime sans sel.
- boissons nles ⇏ restrict° hydrique
- apport prot nle
- Perfusion albumine.
- reprise rapide des activités + scolarité

⚠ attent° aux diurétiques.

* évolut° s/TRT : 30% → rémission ; 60% → rechute

* Surveillance : Après 1 mois de TRT

- Protéinurie ⊕ → 3 bolus de méthyl prednisone (intervalle 48h) ; si P⊕ tjrs ⇒ Corticorésistant → PBR
- Protéinurie ⊖ = Corticosensible = continuer TRT,
  - Si au m^t de dégression P⊕ ⇒ Corticodépendant
    ↳ dose seuil < 0,7 mg/Kg ⇒ CDP pdt 18 mois
    ↳ " " > " " ⇒ Ciclosporine, MMF
  - si à la fin TRT P⊕ ⇒ Rechute
    - fréquente ≥ 2/6 mois → TRT immunosupp
    - peu fréquente